

医師連絡票（病児・病後児保育室利用連絡票）

令和 年 月 日

医療機関

所在地

電話番号

医師名

印

病児・病後児保育事業の利用について、次の通り診療情報を提供します。

保護者記入欄

児童氏名		性 別	男 ・ 女
生年月日	年 月 日	年 齢	歳 ヲ月
住 所			
病児・病後児保育利用希望開始日	年 月 日 から		

医療機関記入欄（該当項目に○をつけてください。）

病 名	1 感冒・感冒様症候群 2 急性気管支炎 3 急性咽頭炎 4 急性胃腸炎 5 感染性胃腸炎 6 喘息・喘息様気管支炎 7 骨折などの外傷性疾患	※以下の疾患については、出席停止期間を経過した状態 1 麻疹 2 風疹 3 水痘 4 流行性耳下腺炎 5 インフルエンザ A ・ B 6 咽頭結膜熱 7 百日咳
	8 その他	
主な症状	[病名不明の時] 発熱 咳嗽 喘鳴 嘔吐 下痢 発疹 その他（	
病 状	1 急性期（病児） 2 回復期（病後児）	
安静度	・隔離室で隔離 ・室内安静（ベッド上での生活が主、他児との静かな遊びは可）	
食事（昼食）	・ミルクのみ ・絶食 ・絶飲食 ・食事に関する特別な指示なし	
処方内容	・受診時の処方 ・処方継続 ・処方なし ・屯用薬指示（ ） ・その他（ ）	
その他 注意事項		